



ÁREA DE SALUD Y SEGURIDAD
PLAN DE MEJORAMIENTO

Nombre del Proveedor: _____ Región: _____
Dirección física: _____
Fecha de la Monitoria: _____ Monitor/a: _____

Hallazgo	Acción a tomar	Persona Responsable	Fecha de Cumplimiento	Comentario



Hallazgo	Acción a tomar	Persona Responsable	Fecha de Cumplimiento	Comentario

Recibo de Entrega

Certifico que he sido orientado sobre la necesidad de cumplir con un Plan de Mejoramiento para satisfacer los estándares de Salud y Seguridad requeridos por el Programa Child Care. Luego de esta orientación he decidido que:

- Acepto el cumplimiento con el plan de mejoramiento.
- No Acepto el cumplimiento con el plan de mejoramiento.

Nombre del Proveedor

Fecha

Firma del Proveedor

